

Résumé du rapport de recherche

Santé mentale
au Québec :
Les organismes
communautaires
de femmes
à la croisée
des chemins



*Réseau québécois d'action
pour la santé des femmes*

Équipe de recherche

Isabelle Mimeault, responsable de recherche

Christelle Cassan, agente de recherche

Marie Cadotte-Dionne, agente de recherche

Avec la collaboration du comité consultatif composé de membres du RQASF

Régine Alende Tshombokongo, Centre d'encadrement pour jeunes femmes immigrantes

Cristina Bajenaru, Centre d'encadrement pour jeunes femmes immigrantes

Suzanne Bourret, La rue des Femmes de Montréal

Julie Dugré, Point d'Appui CALACS

Janique Durand, La Mouvance Centre de femmes

Josée-Marie Legault, membre individuelle

Nancy Maher, Carrefour des femmes du Grand Lachute

Silvia Martinez, L'Écho des femmes Petite-Patrie

Fabienne Mathieu, La Marie Debout Centre d'éducation des Femmes

Relecture

France Doyon

Lise Goulet

Résumé

Véronique Lord

Infographie

Janou Fleury, graphiste

Ce projet a été réalisé avec le soutien financier de Santé Canada.



Santé Health
Canada Canada

Les opinions exprimées sont celles du RQASF et ne traduisent pas nécessairement les points de vue de nos bailleurs de fonds.

Le RQASF souscrit à une politique de féminisation.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2011

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-923269-19-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923269-21-4 (PDF)

© 2011, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Montréal, Québec

« [...] il faut dénoncer le fait que
la société est en train de se détériorer,
et la tâche ne doit pas revenir
aux seuls organismes communautaires.

Ce n'est pas à nous de ramasser
toute la détérioration qui s'est installée [...]
parce qu'il y a eu des politiques néolibérales [...] »

une travailleuse d'un groupe de femmes

RÉSUMÉ



INTRODUCTION

La recherche *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, a été amorcée en 2010 dans un contexte de privation de ressources financières dans les services publics de santé, de décentralisation du système de santé et de médicalisation croissante des problèmes sociaux. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a voulu comprendre les conséquences, sur ses groupes membres, de la réforme du système de santé ainsi que de l'augmentation des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale de leurs participantes.

75 organismes sur 92 admissibles à la recherche y ont participé, soit des organismes communautaires de femmes intervenant directement auprès de femmes partout au Québec. Notre analyse s'appuie sur les résultats d'un questionnaire postal, riches en commentaires et explications, sur ceux d'entrevues et sur les discussions avec le comité consultatif de la recherche, composé de 9 membres.

Le présent document est une synthèse du rapport final de la recherche. Il présente les principaux résultats concernant le point de vue des travailleuses sur la santé mentale, les conditions de vie et les difficultés d'accès aux services de santé des participantes de leurs groupes, puis ceux touchant aux impacts de ces difficultés sur les organismes, leur mission, leur vie interne et leur personnel. S'y retrouvent aussi les enjeux cruciaux pour le mouvement pour la santé des femmes au Québec dégagés en conclusion. Une plus ample discussion du contexte historique et politique en lien avec la réforme de la santé, la communautarisation des services et la médicalisation des problèmes sociaux, de même qu'une présentation de l'approche et de la méthodologie privilégiées, figurent dans la version intégrale du rapport. Cette dernière cite également de nombreux commentaires des intervenantes ayant participé à l'étude.

Santé mentale et conditions de vie des participantes, inaccessibilité du système de santé

Détérioration des conditions de vie

L'**appauvrissement** engendre des conditions de vie extrêmes qui poussent de plus en plus de femmes à frapper aux portes des organismes. Ainsi, en cette période de crise du logement, plusieurs travailleuses voient la détresse psychologique que vivent les participantes comme découlant de l'**impossibilité d'accéder à un logement convenable**.

Des travailleuses constatent également une augmentation des problèmes de santé mentale liés au travail, que ce soit en raison de **conditions de travail précaires** ou **discriminatoires**, ou d'un **manque d'emploi**. L'absence d'un réseau social, la difficile conciliation travail-famille et la discrimination rendent la recherche d'un emploi particulièrement ardue.

Dans plus de la moitié des groupes, la majorité des participantes reçoit des prestations d'aide sociale, des revenus qui se situent en dessous du seuil de la pauvreté. Le manque de revenus conduit plus de femmes à se présenter dans les organismes parce qu'elles n'ont tout simplement rien à manger. Certaines femmes sont aussi poussées à accepter l'inacceptable par **insécurité financière** : demeurer dans un emploi où elles se font harceler, dans des relations où elles sont victimes d'abus. Enfin, de nouvelles arrivantes vivent des situations économiques extrêmes dans l'attente de leur conjoint resté dans leur pays d'origine.

La pauvreté et son lot de discriminations et de carences engendrent souvent de l'**isolement social**. En région, des lesbiennes souffrent d'isolement géographique, économique et identitaire, un cumul qui accroît le risque de détresse. L'isolement, les discriminations

et le **manque de services adaptés** peuvent fragiliser la santé mentale des femmes en situation de handicap. Même constat en ce qui concerne les immigrantes nouvellement arrivées au Québec.

Un contexte économique où se creusent les inégalités est un terrain propice aux **violences**. Des organismes notent effectivement une augmentation de la violence à l'endroit des femmes âgées, ainsi que de la violence vécue dans l'enfance (des femmes qui se sont tuées pendant des années vivent aujourd'hui les conséquences de traumatismes subis plus tôt). Les groupes reçoivent aussi des jeunes femmes qui « gèlent » leurs émotions en consommant des drogues. Enfin, parce qu'elles se trouvent là où convergent plusieurs types de discriminations, certaines femmes subissent de **multiples violences**. C'est souvent le cas des femmes en situation d'itinérance, de plus en plus nombreuses. La violence a pour conséquence une plus grande détresse psychologique.

Le phénomène de la traite des femmes à des fins sexuelles est aussi jugé très préoccupant. Il touche plusieurs femmes venues d'ailleurs, mais aussi des Québécoises, dont de nombreuses femmes autochtones. Les travailleuses notent également que ces dernières vivent de plus en plus de violence et que leurs conditions de vie se dégradent. Par ailleurs, bien que plus de 80 % des femmes handicapées sont victimes de violences sexuelles, ces dernières demeurent souvent très réticentes à dénoncer leur agresseur, la plupart du temps une personne proche ou une personne intervenante.

Services inaccessibles

Les **services publics** sont **insuffisants**, déplorent les travailleuses (trop peu de médecins de famille, qui demeurent souvent la porte d'entrée des services en santé mentale). Lorsque les participantes sont dirigées vers un service de psychologie du réseau public, elles se heurtent à un délai d'attente parfois de plusieurs mois, durant lesquels leur détresse a tendance à s'aggraver.

Les participantes font aussi les frais d'un **manque de ressources** en hébergement et en santé mentale **dans la communauté**, car malgré des besoins évidents, plusieurs travailleuses signalent la fermeture de tels organismes. Ainsi, les places destinées à des femmes en situation d'itinérance, par exemple, font cruellement défaut. Les femmes handicapées se heurtent quant à elles à des obstacles très concrets : les services des maisons d'hébergement ne sont pas adaptés dans 90 % des cas.

L'approche spécifique, qui a pour effet de « compartimenter » la personne, domine dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les personnes y sont rarement considérées dans leur globalité; elles reçoivent un diagnostic, sont dirigées vers un service spécialisé ou encore, dans bien des cas, sont **médicamentées de façon rapide et inadéquate**.

Bon nombre de travailleuses dénoncent cette façon de faire. Dans le cas des victimes de violences conjugales, elles déplorent particulièrement le fonctionnement du système médical qui se limite trop souvent aux symptômes; elles insistent sur la nécessité de s'attarder à **l'histoire de la personne** et de comprendre les impacts de la violence (faible estime de soi, dépression, choc post-traumatique, crise suicidaire, etc.). La non-prise en compte de la violence peut maintenir certaines femmes dans leur état de détresse.

Conséquence directe du manque de ressources dans le réseau de la santé, le **dumping** consiste à référer presque systématiquement des personnes aux organismes communautaires alors qu'elles devraient normalement recevoir des soins ou des services de santé. Or, **le dumping s'ajoute aux problèmes que vivent certaines participantes**. En effet, des femmes cognent aux portes des organismes après s'être fait balloter d'une ressource à l'autre, et **avant même d'avoir reçu les soins de santé requis**; elles sont à bout de souffle, découragées.

Impacts sur les organismes de l'inaccessibilité du système de santé

Mission des organismes menacée

Selon le comité consultatif de la recherche, la majorité des groupes de femmes tente de **ne pas** se détourner de leur principale mission, tout en éprouvant de la difficulté à prioriser cette dernière. Plusieurs facteurs sont en cause : le *dumping*, la hausse des demandes en santé mentale, les besoins de suivis individuels et le nombre élevé de participantes dont les besoins primaires ne sont pas comblés.

Ces organismes reçoivent des participantes qui n'auraient pas dû leur être référées (*dumping*), et qui proviennent en majorité du réseau de la santé et des services sociaux. Des femmes qui fréquentaient des ressources alternatives en santé mentale, désormais fermées, consultent aussi maintenant un groupe de femmes à proximité. Les organismes doivent composer avec de nouvelles réalités qui dépassent largement leur mission. **Des choix politiques expliquent cet affaiblissement du réseau de la santé aussi bien que la fermeture d'organismes.**

La **hausse des demandes en santé mentale** oblige aujourd'hui les groupes de femmes à prendre position par rapport à l'acquisition de connaissances spécialisées. Les groupes se demandent s'il est réaliste de former les travailleuses à propos d'un nombre quasi infini de problématiques, et si cela ne risque pas de les faire glisser vers une approche plus curative que préventive, au détriment de l'approche globale de la santé. Autre dilemme déchirant : il est difficile de refuser une femme ayant de lourds problèmes, tels des problèmes psychiatriques, sachant que l'organisme est parfois son dernier recours. Mais comment lui apporter toute l'aide dont elle a besoin sans se détourner de sa mission?

Avec la complexification des problèmes, **la question des suivis individuels s'impose** elle aussi, et soulève d'importants débats dans certains groupes. En effet, le plus grand nombre de rencontres individuelles compromet l'approche collective des groupes « milieu de vie », par exemple.

Finalement, la nécessité de répondre à des **besoins de survie plus importants** qu'avant empiète sur les activités de prévention et de promotion de la santé.

Vie interne des organismes perturbée

Sur le plan de la gestion, accueillir des participantes ayant des comportements imprévisibles pose de grands défis aux organismes.

Plusieurs travailleuses évoquent la difficulté de leur équipe de composer avec **les crises** de certaines femmes (crises de panique, crises dues à la consommation de médicaments ou de substances, etc.).

L'augmentation du nombre de participantes entraîne également un plus grand potentiel de situations à risque. Les organismes constatent que des travailleuses ont **peur**, dans certaines situations, lorsqu'elles interviennent auprès de participantes ayant des problèmes de santé mentale. Dans un grand nombre de groupes, particulièrement dans les ressources en hébergement, craindre pour son intégrité physique ou pour celle des participantes est devenu plus fréquent qu'avant.

Les conséquences de l'exposition constante à des situations à risque élevé sont sérieuses. L'hypervigilance (rester constamment à l'affût, avoir tout le temps peur d'être attaquée) dont souffrent certaines travailleuses peut aller jusqu'à teinter leurs relations avec leurs proches.

Les médicaments sont parfois nécessaires pour traiter certains problèmes de santé, mais la **surprescription** est néfaste selon les travailleuses. La capacité de concentration des femmes

est altérée. Certaines ne comprennent pas ce qui se déroule ou somnolent, et il devient difficile d'animer le groupe. L'inhibition des émotions est un autre des **effets secondaires des médicaments**; la travailleuse éprouve alors de la difficulté à entrer véritablement en communication avec la femme, et à la faire parler de sa souffrance. Le comportement imprévisible de certaines femmes médicamentées peut, quant à lui, briser le rythme d'une activité.

Enfin, la médication est liée à un **diagnostic** et celui-ci tend à devenir l'**identité même** des femmes. Or, les travailleuses ont comme objectif de centrer l'attention sur une prise en charge personnelle et positive plutôt que sur la maladie et ses symptômes.

Pour les organismes qui font des suivis individuels, quelles limites devraient-ils se fixer quant à l'aide à apporter aux participantes? Comment éviter de faire attendre une participante ou qu'elle se sente lésée par le temps accordé à une autre femme? Ces questions et plusieurs autres entraînent des tensions. La **mobilisation** et l'**action collective** dans le but de sensibiliser la population et les instances dirigeantes à agir sur les déterminants de la santé, de même que la **promotion des droits des femmes** font partie intégrante de la mission des organismes. Or, ces activités sont maintenant souvent évacuées en raison des réalités du quotidien. Plusieurs travailleuses soulèvent un paradoxe : alors qu'elles ressentent de plus en plus le besoin de faire des revendications politiques ou des recommandations, elles en ont de moins en moins le temps.

Personnel des organismes débordé

Plus de participantes, plus de complexité, plus de travail : ainsi pouvons-nous résumer la situation. De nombreuses travailleuses se sentent dépassées par la quantité de travail qu'elles doivent accomplir avec les participantes ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, la surcharge de travail n'est pas uniquement attribuable au nombre plus important de participantes en difficulté, elle s'explique aussi par une complexification des tâches à accomplir.

Le temps nécessaire pour **démystifier les problèmes** des femmes a décuplé : la dégradation des conditions de vie, l'augmentation de l'itinérance féminine, la toxicomanie, incluant la surconsommation de médicaments, modifient nécessairement la démarche d'écoute. De même, des travailleuses ont mentionné à maintes reprises qu'elles passent plus de temps à **référer** qu'auparavant. En effet, elles doivent guider certaines participantes avec des problèmes de santé mentale vers d'autres organismes. Le temps consacré à **accompagner des femmes** qui ont besoin de soins dans le réseau de la santé est lui aussi plus important qu'avant, en grande partie à cause de l'inaccessibilité du système de santé.

De surcroît, certains groupes doivent prendre plus de temps qu'auparavant pour accompagner les femmes en Cour ou pour **effectuer des démarches juridiques** pour elles. Or, les processus judiciaires peuvent s'avérer très longs et comporter de nombreux obstacles pour les femmes.

Des **ajustements structurels** doivent être effectués **en raison de la médication des participantes**. Dans les maisons d'hébergement, les travailleuses sont dans l'obligation de se doter d'un système de gestion des médicaments. Cette réalité, de même que la nécessité de **chercher de l'information** pour comprendre la médication et ses effets secondaires et de sensibiliser les femmes à la surconsommation de médicaments, exigent du temps, beaucoup de vigilance et fait encourir certains risques à celles qui prennent de telles responsabilités.

Sentiment d'impuissance, dévalorisation, frustration, épuisement professionnel... Les effets de cette situation sur la santé des travailleuses elles-mêmes, et les initiatives des groupes pour y remédier ont aussi été examinés dans notre recherche.

Les travailleuses se sentent pour la plupart impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes, avec le risque de perte de sens quant à leur travail et de découragement quant à leur efficacité professionnelle. Certains groupes acceptent de sortir du cadre traditionnel de l'interven-

tion féministe et de se soumettre à des ententes de services qui les obligent à une approche plus individualisée. Mais est-ce toujours un choix?

Par ailleurs, avec l'accroissement des difficultés des femmes, le risque que la travailleuse s'investisse trop sur le plan affectif s'amplifie. La « fatigue de compassion » ou syndrome vicariant (changements profonds subis par une intervenante qui établit des rapports d'empathie avec les survivantes de traumatismes et est exposée à leurs expériences) peut avoir des effets physiques et psychologiques dévastateurs.

Le stress chronique, le *burnout*, la dépression, des problèmes physiques, etc. guettent aussi de nombreuses travailleuses. Les congés de maladie se multiplient et un roulement de personnel impressionnant se produit dans plusieurs groupes. Certaines travailleuses vont jusqu'à remettre en question la survie des organismes.

Plusieurs équipes prévoient des périodes de rencontre pour ventiler et échanger des informations entre collègues. Ce temps est bénéfique pour la santé des travailleuses. Des groupes tentent aussi de prévenir l'épuisement en instaurant des supervisions cliniques, ou encore en offrant un suivi psychologique externe, par exemple. Cependant, la plupart ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour s'offrir ce type d'aide.

Conclusion

Les conditions de vie des femmes qui fréquentent des organismes de femmes se détériorent et l'accès aux services sociaux et aux services de santé est de plus en plus réduit, ce qui fait vivre aux plus démunies des situations inacceptables qui minent leur santé. De plus en plus de femmes vivant de multiples problèmes demandent l'aide des organismes communautaires.

L'alourdissement des problèmes sociaux et de santé mentale des femmes, combiné aux pressions indues qu'exerce la communautarisation sur les organismes et aux tensions internes que celle-ci provoque, contribue à la dégradation de la santé des travailleuses.

De plus, **les questions que se posent au quotidien la plupart des équipes et le tiraillement vécu à l'interne sont majeurs.** Jusqu'où les travailleuses peuvent-elles s'investir avec certaines participantes sans que cela ne se fasse au détriment des autres femmes et du bon fonctionnement de l'organisme? Comment les travailleuses doivent-elles réagir devant des femmes fortement médicamentées dont l'attitude devient nuisible à la dynamique de groupe? Les organismes doivent-ils augmenter l'offre de suivis individuels, même si ceux-ci contredisent leur mission? Doivent-ils former les travailleuses à plusieurs problématiques spécialisées qui ne font pas partie de l'approche de promotion de la santé? Finalement, est-il souhaitable de mettre la vie associative de côté en raison des demandes d'aide pressantes de certaines participantes? Toutes ces questions placent les organismes dans des positions délicates.

Il est absolument nécessaire de s'attaquer aux causes de ces problèmes et aux contradictions auxquelles font face les travailleuses. Pour améliorer les conditions de vie des femmes, il est impératif de hausser les prestations d'aide sociale et de mettre en place des mesures pour que des logements de qualité et abordables soient accessibles. Il est également urgent de se donner les moyens d'une politique en santé mentale clairement engagée

en faveur des personnes qui en ont besoin, parmi lesquelles de nombreuses femmes de toutes origines et de toutes conditions. Contrer les effets nocifs de la surprescription de médicaments devrait également être une priorité gouvernementale.

Il faut aussi, bien sûr, clarifier les rôles respectifs des groupes de femmes et du réseau de la santé afin d'éliminer le *dumping*, de redonner au système de santé son rôle de promoteur de la santé et de laisser aux organismes communautaires la liberté d'assumer leur propre mission en ce sens. Octroyer des ressources financières permettant aux organismes de femmes de survivre, de bonifier les conditions de travail de leurs travailleuses et de réaliser leur véritable mission est également fondamental. Leurs pratiques novatrices offrent une option distincte et complémentaire de l'approche curative et standardisée du système de santé. Ils représentent des lieux uniques d'humanité, d'appartenance et d'entraide.

Le mouvement pour la santé des femmes est à la croisée des chemins... Le personnel du réseau de la santé, de même que la population, font les mêmes constats que les travailleuses des organismes communautaires de femmes. En 2009, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui a fait le tour du monde, soulignait que partout les mêmes besoins s'expriment; elle lançait un vibrant appel aux gouvernements : il y a urgence d'agir en faveur de la santé. Le mouvement pour la santé des femmes du Québec, auquel participe le RQASF, répond : présent!

FAITS SAILLANTS



Participation à la recherche : 81 % des groupes membres admissibles (75 organismes/92), tous des organismes communautaires de femmes intervenant directement auprès de femmes, dans les différentes régions du Québec.

Six constats majeurs se dégagent de la recherche :

1 Les conditions socioéconomiques des participantes des organismes communautaires de femmes se détériorent partout au Québec, ce qui compromet leur santé mentale. Les travailleuses de ces organismes constatent :

- un appauvrissement des femmes de plus en plus perceptible (79 % des organismes)
- une détérioration du tissu social qui se manifeste par **l'augmentation** :
 - de l'isolement social (71 % des organismes)
 - de l'insécurité financière (56 % des organismes)
 - de l'endettement et des problèmes financiers (70 % des organismes)
 - de l'insécurité alimentaire (63 % des organismes)
 - des difficultés conjugales (63 % des organismes)
 - de la violence conjugale et familiale (51 % des organismes)
 - des problèmes liés à l'image corporelle (51 % des organismes)
 - des discriminations (34 % des organismes)
 - de l'itinérance (33 % des organismes)
- une pénurie de logements sociaux
- un changement des besoins des participantes ces dernières années (72 % des organismes)

2 La santé mentale des participantes des organismes communautaires de femmes se détériore partout au Québec. Les travailleuses constatent :

- une augmentation du nombre de participantes confrontées à des problèmes de santé mentale (66 % des organismes)
- un alourdissement des problèmes de santé mentale (75 % des organismes), étant donné que plus de participantes :
 - vivent du stress et de l'anxiété (75 % des organismes)
 - cumulent différents problèmes (63 % des organismes)
 - éprouvent des problèmes psychiatriques (58 % des organismes)
 - éprouvent des problèmes de dépendances aux médicaments, à l'alcool et aux drogues (48 % des organismes)
 - arrivent dans les organismes en situation de crise (47 % des organismes)

3 L'accessibilité des services sociaux et des services de santé s'amenuise de plus en plus et ce sont les femmes les plus démunies qui en souffrent le plus. En témoignent :

- l'inaccessibilité des services de première ligne en santé mentale (consulter en psychologie exige de nombreux mois d'attente)
- l'accès à un ou une médecin de famille toujours aussi difficile
- la fermeture de ressources communautaires en santé mentale

4 Le changement de profil des participantes et l'inaccessibilité des services publics confrontent les organismes communautaires de femmes à une situation sans précédent :

- 76 % des organismes reçoivent des participantes qui n'auraient pas dû leur être référées (ce que les travailleuses appellent le *dumping*)
- 59 % des organismes doivent refuser certaines participantes ayant des problèmes de santé mentale
- 54 % des organismes constatent une augmentation du nombre de participantes qui semblent avoir besoin d'une intervention en santé mentale

5 L'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale affecte les conditions de travail dans les organismes communautaires de femmes et crée une surcharge; les travailleuses affirment :

- se sentir dépassées par le travail à accomplir (71 % des organismes)
- éprouver des difficultés à composer avec la surconsommation de médicaments des participantes : animation de groupe difficile, vie interne perturbée, etc. (60 % des organismes)
- avoir parfois ou souvent peur dans certaines situations (61 % des organismes)
- se sentir impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes (82 % des organismes)

6 Cette conjoncture menace la mission d'une grande majorité d'organismes communautaires de femmes, puisqu'elle affecte la nature de leurs activités; en témoignent :

- l'augmentation du nombre de suivis individuels au détriment de l'approche collective
- la mise de côté de leur vie associative

RECOMMENDATIONS



CONSIDÉRANT la représentativité du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) dans le mouvement pour la santé des femmes au Québec

CONSIDÉRANT la situation critique que nous avons constatée sur le terrain, dans toutes les régions du Québec

CONSIDÉRANT qu'il est impossible, selon nous, de conclure que le gouvernement a réussi à rendre les services de proximité en santé mentale « rapidement accessibles »

CONSIDÉRANT que les 80 millions investis pour le plan d'action 2005-2010 n'ont pas entraîné d'améliorations significatives dans les services de première ligne

NOUS RECOMMANDONS

A] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **reconnaisse qu'il y a détérioration des conditions de vie et de la santé mentale d'un nombre croissant de femmes fréquentant les organismes communautaires de femmes**, dans toutes les régions du Québec.

B] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **revoie le cadre théorique biopsychologique¹** avec lequel il évalue l'ensemble de la problématique de la santé mentale au Québec :

1 Le paradigme biopsychologique cible exclusivement les déterminants biologiques et psychologiques de la santé et de la maladie, sans tenir compte de l'ensemble des déterminants sociaux. Il s'agit d'une approche individuelle, centrée sur les gènes et les comportements, qui pave la voie aux discriminations et aux iniquités de traitement. Nous lui préférons une approche biopsychosociale, selon laquelle l'ensemble des facteurs tant psychologiques et sociaux que biologiques ont un impact sur la santé et la maladie.

qu'il prenne en compte l'ancrage biopsychosocial de la santé mentale, puisque la santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de maladie mentale, mais bien par un état d'équilibre et de bien-être qui résulte d'un tissu complexe de causes et de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui agissent en interaction;

qu'il reconnaisse dans l'ensemble de ses politiques en santé mentale l'impact des déterminants sociaux sur la santé;

qu'il reconnaisse que l'amélioration de la santé mentale de la population passe par l'amélioration de ses conditions de vie, notamment :

- en faisant pression sur le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour que soit adopté un revenu minimum garanti assurant aux personnes les moyens de subvenir à leurs besoins de base;
- en faisant pression sur la Société d'Habitation du Québec, principale conseillère du gouvernement du Québec en matière d'habitation et sur le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, pour que soient investis des fonds dans les logements sociaux, communautaires et coopératifs.

C] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **intègre dans son plan d'action en santé mentale 2012-2017 :**

1. L'amélioration de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale par :

la mise en place de guichets d'accès fonctionnels, comme prévu dans le *Plan d'action 2005-2010 en santé mentale*;

l'allocation de ressources additionnelles pour l'embauche de personnel en travail social et en psychologie dans le réseau de la santé, y compris en région;

l'octroi de fonds additionnels aux ressources alternatives en santé mentale et la création de telles ressources en région;

la formation d'équipes interdisciplinaires au sein du réseau public de la santé;

la formation du personnel du réseau de la santé aux réalités des lesbiennes et à l'approche interculturelle, à travers tout le Québec;

l'octroi de fonds aux organismes communautaires qui souhaitent améliorer l'accessibilité de leurs installations aux personnes à mobilité réduite;

2. des mesures pour contrer la médicalisation des problèmes sociaux et la médication excessive des femmes qui en résulte, notamment par :

la formation du personnel professionnel de la santé à une **approche globale** de la santé;

la révision des protocoles d'intervention du personnel professionnel de la santé intervenant auprès de femmes qui présentent des signes de détresse psychologique;

3. des mesures pour répondre aux besoins immédiats des personnes plus démunies et des femmes aux prises avec de grandes difficultés, par :

la formation du personnel du réseau de la santé à la problématique de la violence sexuelle, conjugale et familiale;

la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires de femmes et de leurs besoins en ressources additionnelles lors d'ententes de collaboration formelles ou informelles avec le réseau de la santé;

l'augmentation du nombre de logements sous supervision médicale (en lien avec les hôpitaux) et du nombre de suivis post-hébergement auprès des personnes, pour contrer l'itinérance;

l'octroi de fonds pour améliorer l'offre de ressources d'hébergement supervisé;

l'octroi de fonds pour des ressources d'hébergement de courte durée pour des femmes en situation de crise.

D] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **prévoit une étape de consultation** des organismes communautaires de femmes dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de son **plan d'action en santé mentale 2012-2017**.

